

Заява на Health Insurance Premium Payment

(Див. інструкції щодо заповнення на звороті)

Крок 1: Розкажіть нам про особу, яка подає заявку на участь у Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. Введіть ім'я заявника	2. Введіть номер соціального страхування заявника	3. Введіть номер телефону заявника
4. Введіть домашню адресу заявника	Введіть місто, в якому знаходиться адреса заявника	
Введіть штат, в якому знаходиться адреса заявника	Введіть поштовий індекс код адреси заявника	

Крок 2: Розкажіть нам про свій поліс медичного страхування

5. Введіть назву страхової компанії		6. Введіть дату початку дії страхового поліса
7. Введіть адресу для виставлення рахунків за страхові внески, куди відправляються страхові внески поштою		Введіть місто, адреси для виставлення рахунків за страхові внески
Введіть штат, адреси для виставлення рахунків за страхові внески		Введіть поштовий індекс код, адреси для виставлення рахунків за страхові внески
8. Введіть номер страхового поліса	9. Введіть загальну суму щомісячних страхових внесків	10. Введіть загальну кількість людей, застрахованих за полісом
11. Введіть ім'я страхувальника		12. Введіть номер соціального страхування страхувальника

Крок 3: Вимоги до права на участь у HIPP

13. Чи зареєстровано заявника у Medi-Cal? Так ☐ Ні ☐	14. Чи зареєстровано заявника у Medi-Cal Managed Care Plan? Так ☐ Ні ☐ невідомо ☐
15. Чи зобов'язано власника поліса судом надати медичне страхування? Так ☐ Ні ☐	16. Чи зареєстровано заявника у програмі Medicare? Так ☐ Ні ☐
17. Чи відшкодовуються витрати на оплату внеску за медичні послуги повністю власнику поліса? Так ☐ Ні ☐	18. Якщо заявника зареєстровано у Medi-Cal, чи мав заявник той самий страховий поліс з моменту його першої реєстрації в Medi-Cal? Так ☐ Ні ☐

Якщо на питання 14, 15, 16 або 17 відповідь так, заявник не має права на участь у HIPD program.

Якщо на питання 13 або 18 відповідь ні, заявник не має права на участь у HIPD program.

Звертайтеся до DHCS за адресою HIPP@dhcs.ca.gov або телефонуйте (916) 445-8322 з питаннями стосовно вимог до права на участь.

ВАЖЛИВО: У якості умови відповідності всі бенефіціари Medi-Cal повинні передавати до Medi-Cal program права на медичне страхування, підтримку або інші виплати третім особам та співпрацювати з California Department of Health Care Services в отриманні медичної підтримки або платежів. Передача прав на пільги діє лише для послуг, оплачених у Medi-Cal program. Передача медичних прав дозволяє California Department of Health Care Services отримувати гроші від медичних страхових компаній або гроші, які Medi-Cal program сплачує за медичні послуги, які мали бути виставлені до оплати іншим джерелам медичного страхування. Зауважте, що з метою відповідності до Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) ваш номер соціального страхування та будь-яка інформація, яку ви надаєте, може бути використана для зв'язку зі страховими компаніями, роботодавцями, постачальниками медичних послуг та місцевими установами для визначення обсягів доступного медичного страхування. Відповідно до Welfare and Institutions Code, Section 14100.2, будь-яка надіслана інформація вважається конфіденційною та розкривається лише за необхідності для цілей адміністрування Medi-Cal program.

АВТОРИЗАЦІЯ: «Цим я надаю дозвіл California Department of Health Care Services отримувати, за необхідності, будь-яку інформацію щодо мого приватного медичного страхування, включаючи платежі та/або пільги відносно медичних послуг, здійснені від мого імені, та яка може бути використана для визначення того, чи буде California Department of Health Care Services сплачувати внески за подальше медичне страхове покриття».

19. Введіть підпис заявника або уповноваженого представника

Введіть дату підпису заявника

ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ Health Insurance Premium Payment ЗАСТОСУВАННЯ

Наведені нижче інструкції необхідно використовувати для заповнення заявки на Health Insurance Premium Payment.

1. Введіть повне ім'я заявника.
2. Введіть дев'ятизначний номер соціального страхування заявника.
3. Введіть повний денний номер телефону заявника, включаючи код міста.
4. Введіть повну адресу заявника, місто, штат і поштовий індекс.
5. Введіть назву поточної медичної страхової компанії заявника.
6. Введіть початкову дату дії полісу медичного страхування, зазначеного в пунктах 5 і 8.
7. Введіть повну адресу, місто, штат і поштовий індекс, куди заявник надсилає поштою свої внески, які він сплачує до страхової компанії.
8. Введіть номер полісу медичного страхування заявника.

9. Введіть загальну суму щомісячних внесків за медичне страхування.
10. Введіть загальну кількість осіб, охоплених покриттям полісу медичного страхування, зазначеного в пунктах 5 і 8.
11. Введіть повне ім'я власника полісу медичного страхування, зазначеного в пунктах 5 і 8. Це ім'я особи, на яку видано поліс.
12. Введіть дев'ятизначний номер соціального страхування власника полісу.
13. Позначивши так або ні, укажіть, чи зареєстровано заявника наразі в Medi-Cal.
14. Позначивши так, ні або невідомо, укажіть, чи зареєстровано заявника наразі в Medi-Cal Managed Care Plan.
15. Поставивши позначку так або ні укажіть, чи зобов'язано власника поліса судом надати страхування заявнику.
16. Позначивши так або ні, укажіть, чи зареєстровано заявника наразі в Medicare.
17. Позначивши так або ні, укажіть, чи відшкодовуються витрати на оплату внеску за медичні послуги власнику поліса повністю.
18. Позначивши так або ні, укажіть, чи мав заявник той самий поліс медичного страхування з моменту його першої реєстрації в Medi-Cal.
19. Підпишіть і введіть дату заповнення цієї форми.

Надішліть цю форму поштою на адресу: Department of Health Care Services, HIPPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. Якщо ви маєте питання стосовно заповнення цієї форми, телефонуйте за номером (916) 445-8322, 8:00 години ранку – 5:00 година вечора, з понеділка по п'ятницю.